Aus der Universitätsfrauenklinik zu Rostock.

Die Placenta praevia

im

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin in den Jahren 1906, 1907 und 1908.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe der hohen medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt

von

Johann Lefebre

aus **Charlottenburg**/Berlin.

Rostock.

Rats- und Universitäts-Buchdruckerei von Adlers Erben, G. m. b. H.

1910.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Rostock.

Referent: Professor Dr. Büttner.
Korreferent: Professor Dr. Sarwey.

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit gewidmet.

Über die Placenta praevia besteht eine sehr umfangreiche Literatur, aber fast alle diese Statistiken und Abhandlungen sind nach klinischem Material bearbeitet worden. Gerade in den letzten Jahren und in allerneuster Zeit, wo man daran denkt, die Fälle von Placenta praevia aus der Praxis mit der für andere Geburtsabarten so bewährten Methode nach dem Vorschlag von Bumm und Döderlein mit der Sectio caesarea vaginalis, von Krönig und Sellheim mit der Sectio caesarea abdominalis klinisch zu gestalten, gerade in diesem Zeitpunkt dürfte es von Interesse sein, an der Hand einer Statistik Resultate zu haben, die darlegen, wie sich die Verhältnisse in der Praxis, im breiten Lande gestalten. In diesem Sinne habe ich die Fälle von Placenta praevia im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin aus den Jahren 1906 bis 1908 zusammengestellt und gesichtet.

Aus den in liebenswürdiger Weise von der Medizinalkommission zu Rostock mir zur Verfügung gestellten Hebammenverzeichnissen des gesamten Großherzogtums Mecklenburg-Schwerin habe ich meine Auszüge gemacht. Die Hebammenlisten zeichnen sich einmal durch ihre Vollständigkeit aus, andererseits machen die Herren Ärzte, wenn sie zu einer Geburt zugezogen worden sind, selbst ihre Eintragungen, so

daß sämtliche von mir verzeichneten Fälle von Placenta praevia mit dem Vermerk des behandelnden Arztes versehen waren, die Diagnose also immer vom Fachmann gestellt war, ebenso die Angabe der eingeschlagenen Behandlung oder des operativen Eingriffs.

In der Betrachtung der für Placenta praevia wesentlichen Punkte folge ich der bei den meisten Statistiken üblichen. Zuerst das Vorkommen: In den drei Jahren betrugen die Geburten nach den Hebammenlisten 51 265, darauf kommen 106 Fälle von Placenta praevia; da aber die Geburten der Rostocker Universitätsfrauenklinik in dieser Zahl nicht mit inbegriffen sind, ergibt sich eine Gesamtsumme von 118 Fällen von Placenta praevia auf 51 893 Geburten; das entspricht einem Prozentsatz von 0,23% oder auf 439,7 Geburten eine mit Placenta praevia komplizierte.

Vergleiche ich die gefundenen Werte mit denen anderer Statistiken, so kommt wohl am nächsten die von Mende (17) aufgestellte, der seine Berechnungen aus den Hebammenlisten des Kreises Waldenburg auszog, er fand unter 36 407 Geburten während sechs Jahren 112 Fälle von vorliegendem Mutterkuchen oder 0,3%.

Weiter führt Mende (17) in seiner Arbeit vergleichsweise die gefundenen Zahlen älterer Autoren an: „Schwarz berechnete die allgemeine Häufigkeit auf 1 zu 1564 oder 0,06%.

Müller auf 1 zu 1078 oder 0,09%.

Lomer fand als das für Berlin gültige Verhältnis 1 zu 723 oder 0,13%.

A. Donald aus den Listen eines Hospitals in Manchester 1 zu 470 oder 0,21%.

In der Berliner Charité-Entbindungsanstalt kamen in den Jahren 1882—1883 unter 2 281 Geburten zehnmal Placenta praevia vor, also 1 Fall auf 228 Geburten oder 0,4%.

Nordmann fand in der Dresdener Entbindungsanstalt bei 5 779 Geburten 45 Fälle von Placenta praevia oder 0,7% und in der Berliner Universitätsfrauenklinik kamen in den Jahren 1877 bis 1885 auf 6 252 Geburten 45 Fälle von Placenta praevia oder 1 Fall auf 88 Geburten, mithin 1,1%.

Buerger und Graf (5) beobachteten in der Wiener Klinik 342 Fälle auf 44 636 Geburten gleich 0,77% oder 1 Fall unter 130 Geburten. Dieselben Autoren führen in Bezug auf die Häufigkeit der Placenta praevia eine Aufstellung an, die teilweise aus der Arbeit von Doranth aus der Klinik Chrobak entnommen wurde:

„Schwarz (Kurhessen)	1 : 1 564
v. Winkel (Königr. Sachsen 1878)	1 : 1 532
Müller	1 : 1 078
Tänzler und Wieder	1 : 903
Spiegelberg (Badisch-oberrhein. Kreis)	1 : 852
M. Clintock und Hardy	1 : 829
Schönewald (aus beiden Berliner Universitäts-Kliniken 1895)	1 : 750
Arneth (Wien)	1 : 725
Lomer (Berlin)	1 : 723

Generalbericht der Sanitätsverwaltung für das Königreich Bayern 1899 . . . . . 1 : 657
Kuhn (Wien) . . . . . 1 : 575
A. Donald (Manchester) . . . . . 1 : 470
Hecker (München) . . . . . 1 : 324
A. Nordmann (Berl. Univers.-Frauenklinik) 1 : 288
E. Jüdell (Breslau) . . . . . 1 : 209
Coffin T. Walker . . . . . 1 : 196
Beumer und Peiper . . . . . 1 : 167
Porak (Paris) . . . . . 1 : 158
II. Wiener Universitäts-Frauenklinik . . . . 1 : 143
Nordmann (Dresden) . . . . . 1 : 128
Klein (Klinik Chrobak 1900) . . . . . 1 : 124
A. Nordmann (Berlin. Charité) . . . . . 1 : 88
Beckmann (Diss. Greifswald 1903) . . . 1 : 58."

Ich selbst habe dann noch folgende Angaben über die Häufigkeit gefunden:

Beckmann (1) [Leipzig] 143 Fälle auf 14 187 Geburten gleich 1,008 %.

v. Reding [Basel] in den Jahren von 1896 bis 1906 beobachtete unter 11 500 Geburten 100 Fälle von Placenta praevia.

Zweifel (23) [Leipziger Klinik] 1899 bis 1906 in der Leipziger Universitätsfrauenklinik auf 11 757 Geburten 180 Fälle von Placenta praevia.

Neitsch [Erlangen] 39 Fälle unter 5 737 Geburten in den Jahren 1880 bis 1905.

Nohel [Prag] 10 263 Geburten mit 45 Fällen von Placenta praevia in 10 Jahren gleich 0,5 %.

Greco [Palermo] 42 Fälle entsprechend einem Prozentsatz von 2,14 % zu allen beobachteten Geburten.

E. A. Dorman [New York) im Sloane-Gebärhaus von 11 200 Geburten 84 mit Placenta praevia, gleich 1 zu $133^1/_3$.

Büttner (7) [Rostock] 48 zu 17 686 gleich 1 : 368 oder 0,27 %. Ebendort für Baden 0,35 % (1885) angegeben.

Richter [Dresden] 83 Placenta praevia Fälle auf 4 624 Geburten.

Überblicken wir diese ganze Zusammenstellung, so erhellt daraus, daß die Häufigkeit des Vorkommens der Placenta praevia sehr verschiedenartig ist, daß sie, wie als selbstverständlich anzunehmen war, in den Geburtsanstalten häufiger in Behandlung kommt. Im großen und ganzen ist der für Mecklenburg-Schwerin gefundene Prozentsatz von **0,23** % als ein verhältnismäßig günstiger zu bezeichnen.

Nächst der Häufigkeit der mit Placenta praevia komplizierten Geburten kommt das Alter der Kreißenden ätiologisch sehr in Frage, es bewegt sich in den von mir beschriebenen Fällen zwischen 19 und 48 Jahren und verteilt sich in Zwischenräumen wie folgt:

19 Jahre	. . . . .	1 Fall	gleich 0,84 %
20—25 „	. . . . .	19 Fälle	„ 16,1 „
26—30 „	. . . . .	28 „	„ 23,72 „
31—35 „	. . . . .	34 „	„ 28,81 „
36—40 „	. . . . .	26 „	„ 22,03 „

41—45 Jahre	7 Fälle	gleich	5,93%
46 „	1 Fall	„	0,84 „
48 „	1 „	„	0,84 „
unbestimmt	1 „	„	0,84 „

Zum Vergleiche ziehen wir heran die Aufstellung von Buerger und Graf (5) [Wien]:

„bis zum 20. Lebensjahr	16 Fälle	4,4%
vom 21.—25. „	57 „	16,6 „
„ 26.—30. „	77 „	22,5 „
„ 31.—35. „	86 „	25,1 „
„ 36.—40. „	74 „	21,6 „
„ 41.—45. „	32 „	9,5 „
über 45. „	1 Fall	0,3 „ “

Weitere Vergleichswerte entnehme ich der Arbeit von Mende (17):

Keinen Fall unter 20 Jahren,
37 gleich 33% 20 bis 30 Jahre alt,
63 „ 56,2% 30 „ 40 „ „
12 „ 1,7% 40 „ 50 „ „

Beckmann (1) stellt in seiner Statistik folgende Angaben zusammen:

18 Jahre in	1 Fall	
19 „ „	2 Fällen	
20—25 „ „	26	„
26—30 „ „	43	„
31—35 „ „	31	„
36—40 „ „	27	„
41—44 „ „	13	„

v. Reding [Basel] führt von seinen 100 Fällen aus: 27 Fälle 19 bis 30 Jahre, 56 Fälle 30 bis 40 Jahre, 17 unbestimmt.

Füth (8) berechnet ein Durchschnittsalter von 33,8 Jahren.

Matz (15) desgleichen 31,6.

Die von mir gefundenen Werte stimmen ziemlich genau mit denen der anderen Autoren überein. Wie in jedem Lehrbuche zu lesen steht, ergibt sich auch aus meiner Zusammenstellung, daß auf ein Alter zwischen 30 und 35 die meisten Fälle von Placenta praevia entfallen, daß also ältere Frauen mehr zu dieser Komplikation inklinieren; nur Beckmann (1) weicht ein wenig insofern ab, als nach seinen Angaben Frauen zwischen 25 und 30 Jahren am häufigsten den Gefahren einer mit Placenta praevia komplizierten Geburt ausgesetzt sind.

Als sehr wichtig für die Aetiologie der Placenta praevia gilt die Anzahl der vorangegangenen Geburten. Deshalb habe auch ich hierüber aus meinen 118 Fällen eine Zusammenstellung gemacht:

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.
9.	15.	27.	11.	15.	12.	9.	6.	6.	—	2.

XII.	XIII.	XIV.—XXIV.
2.	1.	2. 1. — s. s. 118.

Bei Übersicht der vorangegangenen Skizze ersehen wir sogleich, daß die Placenta praevia eine Komplikation ist, die namentlich bei Mehrgebärenden auftritt. Nur

in neun Fällen von 118 finden wir sie bei Erstgebärenden, das ist ein Prozentsatz von 7,62%. Nehmen wir als Mehrgebärende die Frauen, die 2 bis 7mal geboren haben, so haben wir 89 Geburten von 118 mit vorliegendem Mutterkuchen, das kommt gleich einem Prozentsatz von 75,42%. Gelten als vielgebärende Frauen diejenigen, welche acht oder mehr Geburten hinter sich haben, so habe ich zwanzig Fälle dieser Art zu verzeichnen. In Widerspruch zu mehreren anderen Statistiken ergibt meine Zusammenstellung, daß bei weitem die höchste Zahl der Komplikation des vorliegenden Mutterkuchens die III. parae sind, gleich 22,86%.

Zum Vergleich führe ich die bei anderen Autoren gefundenen Werte an:

Buerger und Graf (5):

?.	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.
1.	40.	55.	40.	31.	35.	25.	16.	19.	21.	16.

XI.	XII.	XIII.	XIV.	XV.	XVI.	XVII.	XVIII.
15.	14.	4	3.	1.	3.	2.	1.

Füth (8):

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.
56.	85.	79.	83.	86.	80.	65.	50.	39.	27.	18.

XII.	XIII.	XIV.	XV.	?.
12.	6.	6.	5.	29.

Büttner (7):

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
5.	13.	4.	9.	4.	4.	2.	—	2.	2.	2.	1.

Matz (15):

Primiparae 11 . . . gleich 14,2%
Pluriparae 35 . . . „ 44,8 „
Multiparae 32 . . . „ 41,0 „

Beckmann (1):

I. parae 15
III. „ 16
IV. „ 12
V. „ 10
VI. „ 11
VII.—X. „ 16

Sonnenfeld (20) [Berlin] 50 Fälle:

Primiparae 1 . . . gleich 2%
II. „ 11 . . . „ 22 „
III. „ 9 . . . „ 18 „
IV. „ 5 . . . „ 10 „
V. „ 4 . . . „ 8 „
VI. „ 5 . . . „ 10 „
VII. „ 2 . . . „ 4 „
VIII. „ 3 . . . „ 6 „
IX. „ 1 . . . „ 2 „
X. „ 3 . . . „ 6 „
XI. „ 1 . . . „ 2 „
XII. „ 2 . . . „ 4 „
XV. „ 1 . . . „ 2 „
XVI. „ 1 . . . „ 2 „
XXIV. „ 1 . . . „ 2 „

Greco [Palermo]: Zwei Fälle von I. parae, 40 Multiparae.

Mende (17): auf 112 Fälle 6 gleich 0,3% I. parae.
II.—V. par. 47 . . . gleich 41,9%
VI.—XVII. „ 59 . . . „ 52,6 „

Inbetreff der Insertion finden wir leider die Angaben etwas unvollständig, da von den 118 Fällen 46 keine genaue Bezeichnung des Placentarsitzes in den Hebammenlisten aufweisen; es bleibt mir daher nur übrig, von 72 Fällen prozentualiter die Insertion zu bestimmen. Von diesen 72 Placenten inserierten 36, d. h. 50% lateral, als marginal sind 9 gleich 12,5% angegeben. Einen zentralen Sitz des vorliegenden Mutterkuchens fand ich 27mal gleich 37,5%. Wenn wir diese Werte über die Insertion der Placenta praevia anderen gegenüberstellen, so haben wir annähernd dasselbe bei Buerger und Graf:

63 zentral . . . gleich 18,4%
123 partial . . . „ 36 „
156 lateral . . . „ 45,6 „

Bei denselben Autoren finden wir weitere Vergleichswerte: Pohl gibt unter 467 Fällen von Placenta praevia die Prozentzahl für diese drei Kategorien mit 18,5%, 64,3% und 17,1% an. Donath gibt unter 215 Fällen die Prozentzahlen mit 26%, 59% und 14% an. Klein 18,1%, 50,7% und 31%.

Noch größer ist die relative Zahl der hochgradigen Praeviafälle von Reetmann, welche sich allerdings nur auf 28 Fälle unter 1623 Geburten bezieht, von

welchen 35,7% zentrales, 46 partiales und 17% marginales waren. Sonnenfeld verzeichnet unter 50 Fällen 9mal zentral gleich 18% und 41mal gleich 12% lateralis und partialis.

Mende (17): zentral 46, lateral 47, marginal 19; 41,0%, 41,9%, 16,9%.

Beckmann (1): unter 117 Fällen:

insertio marginalis	34	gleich	26,8%
„ lateralis	60	„	47,2 „
„ centralis	33	„	25,9 „

Die aus anderen Statistiken bestätigte Annahme, daß bei der Placenta praevia sehr häufig eine anormale Kindslage vorkommt, bewahrheitet sich auch in meiner Berechnung. Schädellage bestand nur im Verhältnis von 1 : 1,17, das ist ein Prozentsatz von 58,47, nämlich in 69 Fällen von 118. Die häufigste Lageanomalie ist die Querlage, 30mal bei 118 Geburten, das entspricht einem Prozentsatz von 25,42, also rund der vierte Teil; somit bleibt für die 15 Beckenendlagen das Verhältnis 1 Beckenendlage auf 7,86 Geburten gleich 12,71%.

Buerger und Graf (5): unter 342 Fällen (8 Gemini, also 350 Fruchtlagen):

Schädellagen	242mal	gleich	69,2%
Quer und Schräglagen	74 „	„	21,1 „
Steiß und Fußlagen	33 „	„	9,4 „

Führen wir zuerst noch weiterhin die von diesen Autoren gefundenen Vergleichswerte an, so hat Doranth 62,6% Kopflagen, 14% Steiß- und Fußlagen

20% Quer- und Schräglagen; fast dieselben Zahlen findet Kleinschmidt: 71% Kopflagen, 20% Querlagen, 8,5% Fuß- und Steißlagen. Nordmann 61,3% Kopflagen, 136% Steiß- und Fußlagen, 25% Quer- und Schräglagen, Sonnenfeld Kopflagen 72%, Querlagen 24%, Beckenendlagen 4%.

Noch weiteren Bericht erstatten:

Mende (17): 79 gleich 69,9% Schädellagen
28 „ 24,7% Querlagen
3 „ 2,6% Beckenendlagen.

Beckmann (1): Schädellage in 101 Fällen gleich 70,6%, Beckenendlagen 8 gleich 5,6%, Querlagen 34 gleich 23,8%.

v. Reding: 58 Schädel-, 25 Quer- und Beckenendlagen, 4 mal unbestimmt.

Neitsch [Erlangen] 30 Schädellagen, 5 Querlagen, 3 Steiß- und 1 Fußlage.

Eine Begründung der so oft auftretenden Lageanomalien bei Placenta praevia gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit, die gefundenen Werte stimmen fast genau, besonders bei Querlage mit denen anderer Autoren überein.

Es ist immer wieder betont worden und man hat auch darauf zum Teil die vielen anormalen Lagen zurückzuführen versucht, daß die Geburt bei vorliegendem Mutterkuchen zu früh oder unzeitig erfolgt, und deshalb habe auch ich in diesem Sinne meine Berechnungen ausgeführt.

Von den 118 Geburten waren 43 früh oder unzeitig erfolgt, d. h. in 36,44% der Fälle waren die Kinder nicht ausgetragen. Die Angaben, in welchem Monat die Geburt erfolgte, ist aus den Hebammenlisten nicht zu ersehen, ebenso ist aus der Länge des Fötus kein sicherer Schluß zu ziehen, denn diese Angaben sind von den Hebammen gemacht und wohl kaum von den Ärzten kontrolliert worden. Das Auftreten der letzten Menstruation ist auch nicht verzeichnet, es sind also deshalb nur Fälle mit Frühgeburt bezeichnet, wo dies positiv hervorgehoben war.

Sonnenfeld hat in 50 Fällen 28 mal, also 56% Frühgeburten. Bumm und Olshausen erklären nur die Hälfte der Früchte für reif. Nohel [Prag] berechnet Fehlgeburten in 5%, Frühgeburten in 62%, rechtzeitige Geburten in 33%.

Ehe ich zur Besprechung der Mortalität der Mütter und Kinder übergehe, der praktisch wohl wichtigsten Frage, möchte ich noch einige Angaben machen, die von allgemeinem Interesse sein dürften. Da man die Ansicht ausgesprochen hat, daß vorangegangene Aborte ätiologisch für die Bildung von Placenta praevia in Frage kommen, habe ich bei jedem Fall danach geforscht und gefunden, daß in 6 Fällen ein Abort direkt voranging, in 1 Fall zwei Aborte vorher, überhaupt Fehlgeburten nur in 2 Fällen.

Wir kommen nun zu dem für die Praxis hochwichtigen Gebiet — und aus der Praxis habe ich die

Resultate gewonnen — zur Besprechung der Mortalität der Mütter und Kinder. Der Prozentsatz der toten Kinder ist, wie allgemein bekannt, ein sehr großer. Auf die 118 Geburten entfallen 72 tote Kinder, das bedeutet 61,01% kindliche Mortalität.

Die Ziffer der mütterlichen Mortalität ist nach meinen Berechnungen für Mecklenburg-Schwerin im Verhältnis zu anderen Landesstatistiken sehr günstig: 10 Todesfälle auf 118 Geburten, d. h. 8,47% mütterlicher Mortalität.

Vergleichwerte auch aus der Praxis liefert uns Füth (8), der seine Statistik aus den Geburten des Kreises Koblenz zusammengestellt hat. Die erste aus dem Jahre 1896 ergibt, daß von 50 Müttern 19 starben gleich 38%.

Kinder: von 53 waren 32 tot geboren, 7 innerhalb der nächsten 22 Stunden, 3 innerhalb der nächsten 9 Tage gestorben gleich einer kindlichen Mortalität von 79,2%. Die zweite Zusammenstellung aus dem Jahre 1906: von 726 Müttern starben 143 gleich 19,7% während der Geburt. 98 starben an Blutung oder deren Folgen, 31 am Fieber, 6 an embolischen Vorgängen, 2 infolge von Uterusruptur, 1 am Typhus, 5 an unbekannter Ursache.

Von 750 Kindern wurden 383 lebend geboren, 367 kamen tot zur Welt.

Einen weiteren Beitrag finden wir bei Buerger und Graf (5): Von 342 Fällen mit Placenta praevia

starben ohne jeglichen Abzug 20 Frauen, was einem Gesamtmortalitätsprozentsatz von 5,85% entspricht.

Kinder: 350 (8 Gemini), davon 158 gleich 45% lebend, tot geboren 192 gleich 54,9%.

Büttner (7) hat für das Jahr 1904 in Mecklenburg-Schwerin eine mütterliche Mortalität von 5 Todesfällen auf 44 Geburten gefunden:

Kinder: Die 44 Geburten ergaben 50 Kinder (6 Gemini), lebend geboren 21, tot 29. Von den lebenden gleich oder bald gestorben 6, diese eingeschlossen betrug die Kindermortalität 70%.

Mende (17) führt noch des weiteren aus: Behm hatte bei 40 Müttern, die er mit kombinierter Wendung behandelt hat, keinen Todesfall, bei 13 mit älteren Methoden behandelten Müttern 4 Todesfälle oder 30,8%, in 53 Fällen somit eine Sterblichkeit von 7,5%.

Hofmeier verlor bei 37 meist mit kombinierter Wendung behandelten Müttern mit Ausschluß von drei in verzweifeltem Zustand übernommenen Kreißenden 2,7%. Mit Einschluß dieser und sechs anderer mehr abwartend behandelter Fälle 10,8%.

Nordmann verlor von 45 Müttern 6 = 13,3%. Beumer und Peiper (Mitteilungen der geburtshülflichen Klinik in Greifswald) verloren 29,7% der Mütter."

Lassen wir noch die vergleichende Statistik der Wiener Klinik inbetreff der Kindermortalität folgen:

Hantel	78%
Müller	64,18%

Weber [München]	63,83 %
Hofmeier	63 %
Obermann	62,5 %
Strassmann	61,25 %
Doranth	60,4 %
Pohl	60 %
Beckmann	57,1 %
I. Frauenklinik [Wien]	54,9 %
Ross	53 %
Rosahl	48,88 %

Sonnenfeld (20) [Berlin] hat eine Kindersterblichkeit von 62 % bei seinen 50 Fällen.

Eine mütterliche Mortalität von nur 4 %.

Bei demselben Autor ist noch eine vergleichende Zusammenstellung folgender Angaben zu finden:

	Mortalität der Mütter	Kinder.
Preiss [Kattowitz]	5 %	?
Klinik [Königsberg]	8,1 %	74,2 %
Mende	15,1 %	?
Klinik Chrobak	9,4 %	52,4 %
Poliklinik-Charité	5 %	52,42 %
Klinik Marburg	2,6 %	52,6 %
„ Palermo	9,52 %	65 %
„ Leipzig	7,8 %	?
„ Würzburg	7,47 %	54,2 %
Sloane-Gebärhaus	12 %	43 %

Das von mir bearbeitete Material ergibt 10 Todesfälle auf 118 Geburten. Der besseren Übersicht halber

lasse ich in kurzem Abriß die Geburtsgeschichten und den wörtlichen Vermerk des betreffenden Arztes folgen:

I.

23,2. Nr. 5. Frau W. L., 37 Jahre alt, VII. para, mittelgroß, schwach gebaut, schlecht genährt, kein enges Becken. Querlage. Muttermund bei Ankunft der Hebamme einmarkstückgroß, Blutungen. Wehen begannen abends $9^{h.}$, Geburt erfolgte am anderen Morgen $2^{h.}$ 15′. Nachgeburt 10′ später durch Druck auf die Gebärmutter. Das Kind war frühzeitig geboren, 35 cm lang, eben abgestorben. Vermerk des behandelnden Arztes: Placenta praevia lateralis, Querlage I, I, Unterart, frühzeitige Geburt. Frau bei der ersten Untersuchung stark kollabiert, fast pulslos, mit kaltem Schweiß bedeckt, so daß Ruptura uteri angenommen wird. Vorsichtige Entwickelung des Kindes durch Wendung und Extraktion. Ruptur im hinteren Scheidengewölbe, für circa drei Finger durchgängig, nachweisbar.

II.

40,7. Nr. 16. Frau F. H., 32 Jahre alt, mittelgroß, schwächlich gebaut, gut genährt, kein enges Becken, vor $2^1/_2$ Jahren einmal rechtzeitig geboren, vor einem Jahr einmal unzeitig, hatte Blutungen. Lage des Kindes nicht festgestellt, Blase stand. Mädchen, frühzeitig, abgestorben. Vermerk des Arztes: Placenta praevia centralis. Wendung nach Braxton-Hicks. Extraktion am Fuß. Placenta nach Credé. Die Wöchnerin stirbt drei Stunden post partum an Herzschwäche.

III.

56,13. Nr. 17. Frau A. B., 36 Jahre alt, schwächlich, schlecht genährt, dreimal rechtzeitig geboren. I. Schädellage, Muttermund 1 cm groß, bei Untersuchung durch die Hebamme. Kind war Knabe, 50 cm lang, kräftig, schrie bald. Bemerk. des Arztes: Placenta praevia, Wendung. Kind lebt. Atonische Blutung, $2^1/_2$ Stunden post partum Exitus.

IV.

55,16. Nr. 4. Frau C. J., 29 Jahre alt, VII. para, sonst gesund. I. Schädellage, Muttermund zweimarkstück groß. Wehen begannen abends 11 h., Geburt nächsten Abend 8 h. Nachgeburt kam gleich mit Mädchen, unzeitig, 36 cm lang. Vermerk des Arztes: Placenta praevia. Kolossale Blutung, trotz schnellster Beendigung durch Wendung und Extraktion und sofortiger Entfernung der Placenta Exitus post horam unam.

V.

1,19. Nr. 5. Frau M. W., 35 Jahre alt, VI. para, I. Querlage, Herztöne schwach unterm Nabel zu hören. Muttermund 6 cm groß, Placenta zu fühlen. Kind frühzeitig, mißgebildet, scheintot, 42 cm lang, schrie schwach, lebte 12 Stunden. Vermerk des Arztes: Placenta praevia centralis, forzierte Wendung und Extraktion, Tod durch Blutleere bei schon vorangegangenen Blutungen.

VI.

27,1. Nr. 2. Frau F. I., 40 Jahre alt, mäßig gebaut, gut genährt, siebenmal rechtzeitig geboren,

leidet an geschwollenen Füßen. Querlage, Muttermund nicht erweitert. Blase stand, starke Blutung. Das Kind ein Mädchen, Frühgeburt, tot. Wöchnerin starb nach zwei Stunden. Vermerk des Arztes: Placenta praevia centralis. I. Querlage, vorangegangene starke Blutungen, Wendung des Kindes auf den Fuß, später Extraktion. Lösung der Nachgeburt. Mutter starb 2 Stunden nach der Geburt infolge Blutverlustes.

VII.

56,12. Nr. 8. Frau A. G., 28 Jahre alt. III. para. Querlage, Muttermund für einen Finger durchgängig, Placenta zu fühlen. Starke Blutung. Kind war Knabe, frühzeitig, 42 cm lang, abgestorben. Wöchnerin erkrankte am zweiten Tage am Fieber, starb am 18. Tage. Bemerkung des Arztes: Placenta praevia lateralis, Tamponade, später Wendung und Extraktion. Kind abgestorben, übel riechend. Erkrankung am 2. Tage unter Fiebererscheinung.

VIII.

18,15. Nr. 17. Frau K. S., 32 Jahre alt. Gut genährt, kräftig gebaut, sechsmal rechtzeitig geboren, Blutverlust. II. Schädellage, Herztöne nicht zu hören. Blase stand. Kind ein Mädchen, 50 cm lang, tot. Wöchnerin stand am 9. Tage auf, starb am 21. Tage. Vermerk des Arztes: Placenta praevia totalis, Wendung auf den Fuß. Totgeborenes Kind. Fieberfreier Verlauf des Wochenbetts. Am 21. Tage nach der Geburt Exitus durch Gehirnembolie.

IX.

27,16. Nr. 27. Frau M. S., 40 Jahre alt, V. para. I. Querlage, Herztöne nicht hörbar. Muttermund 50-Pfennigstück groß, Kind unzeitig. Vermerk des Arztes: Patientin verlor schon vor der Entbindung Mengen Blut. Placenta praevia partialis. Mit Hülfe von Dr. X. Wendung und Extraktion. Einige Stunden später Tod durch Erschöpfung.

X.

17,11. Nr. 33. Frau D. D., gut genährt, normales Becken, zweimal rechtzeitig geboren, I. Schädellage; Kind ein Mädchen, 45 cm lang, eben abgestorben. Bemerkung des Arztes: Placenta praevia lateralis, sehr starke Blutung. Nabelschnur vorgefallen, pulsierte sehr schwach. Kopf nach rechts abgewichen. Sehr schwere Wendung durch Spezialisten, Wochenbett gut, am 25. Tage Tod durch Lungenembolie.

Auf die bei den verschiedenen Fällen angewandten operativen Eingriffe werde ich bei der Besprechung der Therapie noch zurückkommen. In sieben Fällen starben die Wöchnerinnen den Verblutungstod, meist finden wir angegeben, daß schon vorher oft wochenlang ein reichlicher Blutverlust stattgefunden hat. Wenn dann auch durch den ärztlichen Eingriff die Geburt rasch beendet wurde, so erfolgten meist doch noch einmal in der Nachgeburtsperiode, wie ja überhaupt der mit Placenta praevia behaftete Uterus zur Atonie neigt, atonische Nachblutungen, und diesen waren die

ausgebluteten und schon geschwächten Patientinnen nicht mehr gewachsen; 1 bis 3 Stunden post partum starben sie.

Im ersten Fall ist zu der an sich schon so schweren Komplikation der Placenta praevia noch die drohende Uterusruptur hinzugekommen, die denn auch bei der Ausübung des operativen Eingriffs eintrat, den beiden schweren Komplikationen mußte die Frau erliegen. Nur einen Fall von Kindbettfieber haben wir unter den 118 Fällen mit tötlichem Ausgang. Hammerschlag gibt 1,6%, Hofmeier 2,2% für die Mortalität an puerperaler Infektion an. Sicher ist unser Resultat ein gutes Zeichen, daß die Untersuchungen und Eingriffe von gut geschulten Hebammen und sich ihrer Verantwortlichkeit bewußten Ärzten gemacht worden sind. Die Embolie wird in zwei Fällen als Todesursache angeführt, einmal am 25. Tage post partum ein Fall von Lungenembolie, und das andere Mal trat der Tod am 21. Tage unter der Erscheinung der Gehirnembolie ein. Das sind unabwendbare Zufälle, welche die ärztliche Kunst nicht zu verhüten vermag.

Der Besprechung ist noch eine Betrachtung über die Therapie der Placenta praevia anzugliedern. Rein zahlenmäßig möchte ich erst die therapeutischen resp. operativen Maßnahmen darlegen, die ich in meinen 118 Fällen gefunden habe. Spontan ohne jede Kunsthülfe verliefen 10 Geburten. Die gleiche Anzahl von Entbindungen wurde durch Blasensprengung beendet.

Nur tamponiert und dann den physiologischen Kräften überlassen sind nur drei, tamponiert mit nachfolgender Wendung und Extraktion zwei. Extraktion bei Fußlagen finden wir in sieben Fällen, Wendung nach Braxton-Hicks ist in der weit überwiegenden Mehrzahl bei 62 Entbindungen angewandt worden. Elfmal wurde die Wendung bei völlig erweitertem Muttermund gemacht. An sonstigen Methoden haben wir eine Dilatation nach Bossi mit nachfolgender Wendung und Extraktion. Die Einführung des Kolpeurynters ist nur bei zwei Geburten angegeben und die eine davon wurde in der Universitätsfrauenklinik zu Rostock geleitet. Dreimal ist die Geburt mit Forceps zu Ende geführt, und aus der Klinik haben wir noch zwei Entbindungen mit Placenta praevia kompliziert zu verzeichnen, wo die Sectio caesarea vaginalis gemacht worden ist. Unbestimmt geblieben sind die Angaben bei fünf Partus.

Füth (8) führt in seiner Statistik von seinen 726 Fällen an: Geburten 137mal ohne Kunsthülfe, 484mal Wendung, 42mal Ausziehung, 23 Zangen, 1mal Perforation. Einige Fälle mit Metreurynter, 3mal Sprengen der Blase, 12 Frauen unentbunden geblieben, 24 ohne Angabe.

Noch eine Angabe finden wir bei Büttner (7): Von 44 recht- und frühzeitigen Geburten bei Placenta praevia verliefen spontan, wozu auch eine Metreuryse, die Scheidentamponaden und Blasensprengung gezählt sind, 9 Fälle; mit Wendung beziehungsweise kombinierter

Wendung wurden 33 Fälle, mit Extraktion bei Steißlage 1 Fall und mit Zange 1 Fall beendet.

Richter (18) [Dresden]: Eihautstich in 29% der Fälle, Metreuryse in 11 Fällen mit nachfolgender Spontangeburt, Wendung oder Zange (5 lebende, 6 tote Kinder). Braxton-Hicks in 22 Fällen (nur 3 lebende Kinder). Von 83 Müttern 19 lebende Kinder gleich 22,9%, von 83 Entbundenen nur 1 Exitus (schon schwer infiziert eingeliefert) gleich 1,02%.

Die Situation, die der Arzt bei Übernahme eines Falles von Placenta praevia vorfindet, ist natürlich recht verschieden, meist aber macht sie sofortiges Handeln notwendig. Nicht selten ist — namentlich auf dem Lande — die Verblutungsgefahr soweit vorgeschritten, daß nicht einen Augenblick gezögert werden darf; die allererste und wichtigste Aufgabe des Arztes ist dann die Stillung der Blutung. Das bei anderen uterinen Blutungen rationelle Verfahren, die schnelle Entleerung des Uterus ist aber bekanntlich bei der Placenta praevia infolge der besonderen anatomischen Verhältnisse mit erhöhten Gefahren für die Mutter verknüpft. Es müssen also andere Mittel der Blutstillung gewählt werden. Da steht zunächst die Tamponade zur Verfügung.

Ein modern ausgebildeter Arzt wird wohl heute nur noch im größten Notfall zur einfachen Tamponade mit steriler oder Jodoformgaze als Blutstillungsmittel bei Placenta praevia greifen. Höchstens, um sich zu anderen Maßregeln vorzubereiten oder zum Transport

in eine Krankenanstalt, käme die Tamponade in Frage, und dann nur bei völlig uneröffnetem Muttermund. Meist wird nach der zweiten oder dritten stärkeren Blutung der Muttermund durchgängig sein, aber dann wären schon andere geburtshülfliche Manipulationen, die besser und ungefährlicher wirken, am Platze. Namentlich besteht bei der Tamponade die Gefahr der Infektion, nicht so sehr durch das Material selbst, wenn es auch schwierig ist, in der Dachkammer oder dem Tagelöhnerkaten, wo als Unterlagen allerlei mögliche und unmögliche Sachen gebraucht werden, streng aseptisch zu bleiben; und wenn auch bei der Tamponade mit Jodoformgaze der Blutzersetzung entgegengewirkt wird, so bieten doch die bei der Tamponade nicht immer zu vermeidenden Epithelläsionen in der Schleimhaut höchst gefährliche Eingangspforten für pathogene Keime. Vor allem aber vermag die Tamponade weitere Blutungen nicht mit der nötigen Sicherheit zu verhindern, entweder wird der Tampon vom Blut durchtränkt und das Blut sickert weiter durch, oder es blutet nach innen in die Gebärmutterhöhle, sodaß man beim Entfernen des Tampons große Blutkoagula findet; damit ist aber der Zweck der Tamponade nicht erreicht. Es ist heute unbedingt daran festzuhalten, daß man von einer gewöhnlichen Tamponade der Scheide bei eröffnetem Muttermund der Gebärmutter, um dadurch die Blutung aufzuheben und Wehen hervorzurufen, in der Praxis abstehen muß, da sich bessere Methoden der zuverlässigen Blutstillung darbieten.

So habe ich denn auch unter den 118 Fällen nur fünfmal die Tamponade angeführt gefunden, dreimal verlief die Geburt spontan danach, zweimal wurde Wendung und Extraktion angeschlossen und unter diesen erfolgte in einem Falle der Exitus der Mutter und zwar am 18. Tage im Wochenbett an Puerperalfieber. Dieser einzige Fall von Sepsis dürfte wohl auf die Tamponade zurückzuführen sein.

Eine andere Art zu tamponieren, bietet der Kopf des Kindes, wenn es bei stehender Blase zur Ablösung des vorliegenden Mutterkuchens und somit zu profusen Blutungen kommt. Man kann durch Sprengen der Blase und Herabdrücken des Fötus eine tamponierende Wirkung durch den kindlichen Schädel auf die Haftstelle der Placenta erzielen. Diese Methode des einfachen Blasensprungs finde ich unter meinen Fällen zehnmal angewandt. Buerger und Graf (5) machen in ihrer Abhandlung darauf aufmerksam, daß unter ihren gesamten 344 Fällen bei nur 31 der Blasensprung gemacht worden ist und bei diesen waren 26 mit tiefem Lateralsitz der Placenta. In diesem Sinne habe ich auch bei meinen 10 Fällen sieben mit der gleichen Erscheinung gefunden. Es handelt sich also bei Anwendung dieser Methode meist um die geringeren Grade von Placenta praevia, wofür auch das Ergebnis, daß kein Fall tötlich endete, spricht.

Bei der einfachen Tamponade deutete ich schon darauf hin, daß es bessere Methoden, jedenfalls sicherer

wirkende zur Blutstillung gebe. Das ist die Tamponade von oben vermittelst Metreurynters (Hystereurynters). Leider kann ich aus meinem Material nur folgern, daß in den Jahren 1906 bis 1908 in der breiten Praxis der Hystereurynter noch sehr unbeliebt war, denn unter 106 Fällen ist nur ein einziger in der Praxis, von den 12 aus der Klinik auch einer in dieser Art behandelt worden. Das mag seinen Grund darin haben, daß viele Praktiker nicht mit der Technik vertraut sind, und sich davor scheuen, die Methode zu erproben, oder sich im Moment der Gefahr auf ihre alte angelernte Behandlungsart verlassen. Sicher haben nur wenige in ihren Universitätsjahren Gelegenheit gehabt, die Einführung eines Ballons zu üben.

Ebenso betont Blumreich (2), daß die Technik absolut nicht leicht sei, besonders, wenn es gilt, den Ballon durch das in die Placenta gebohrte Loch zu bringen.

Aus eigener Anschauung möchte ich erwähnen, daß ich auf meinen Vertretungen bei mehreren Kollegen überhaupt keine oder brüchig gewordene Ballons vorfand. Soll ich also etwas Statistisches über diesen operativen Eingriff bringen, so muß ich mich auf verschiedene Abhandlungen berufen. Da ist namentlich Hannes (10), der diese Methode aufs wärmste befürwortet. Er berichtet über 246 Fälle von Placenta praevia, die in der Zeit vom 1. April 1894 bis Oktober 1908 zur Beobachtung kamen. In 143 von diesen, also in 60%, ist die intrauterine Ballonbehandlung zur Anwendung gelangt; wenn wir Klinik und Poliklinik

gesondert betrachten (Geburtshülfe der Klinik und der Praxis), so sehen wir, daß in 59 der 97 Praeviafälle der stationären Klinik und in 84 der 149 Fälle der Poliklinik die Hystereuryse gemacht worden ist. Nach Abzug der Frühgeburten und der schon während der Einleitung der Geburt toten resp. moribunden Kinder und der durch andere Zufälle eingegangenen blieben 39 Frauen; es kamen bei diesen 18 Totgeburten gleich 46 % in der stationären Klinik; poliklinisch ergibt sich bei 67 Frauen 28 tote Kinder gleich 41 %.

Mortalität der Mütter von 143 nur acht Todesfälle gleich 5,5 %.

Zimmermann (22) [Duisburg] berichtet über die Behandlung von 28 Placentae praeviae während 6 Jahren mit Ballon; sämtliche 28 Kinder kamen lebend zur Welt und keine der Mütter nahm Schaden; wohl das günstigte Resultat!

Lasse ich noch Beckmann (1) zu Worte kommen, der über 38 Fälle von 143 aus der Leipziger Klinik berichtet, bei welchen wegen ungenügend erweiterten Muttermund die kombinierte Wendung noch nicht ausführbar war und deshalb der Metreurynter eingeführt wurde. Der eine Zweck, die Wehen anzuregen, wurde prompt erreicht, besonders besser als bei gewöhnlicher Tamponade, aber die durch die Metreuryse erreichte Blutstillung war keineswegs eine ideale, in 6 von 38 Fällen erneute Blutung.

Buerger und Graf (5) erwähnen 25 Fälle, die mit Hystereuryse behandelt worden sind, in 21 Fällen nach

genügender Erweiterung der Weichteile Wendung, 2 mal bei Steißlage der Fuß geholt, 1 mal bei totem Kind in Schädellage mittels Kraniotomie beendet, 1 mal spontan.

Ohne mich zunächst für ein Für oder Wider auszusprechen, muß ich meine Kritik an der Hand der von mir gefundenen Werte weiterführen. Der in der Praxis am meisten ausgeübte operative Eingriff ist bei Placenta praevia die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks mit nachfolgendem Herabholen eines Fußes und weiterhin exspektativem Verhalten.

Von meinen 118 Fällen wurden 62 auf diese Weise beendet, d. i. ein Prozentsatz von 52,5 %, also mehr als die Hälfte. Zählen wir noch die mit innerer Wendung bei völlig erweitertem Muttermund gemachten Wendungen hinzu, die ja dasselbe Prinzip verfolgen, so ergibt sich 73 Fälle auf 118, gleich 61,86 %. Damit stimmt überein die von Füth (9) gefundene Summe, der einzigen Statistik der neueren Zeit, die aus der Praxis stammt, er hat 484 Wendungen bei 726 Geburten. Der Haupterfolg der kombinierten Wendung mit Herabholen des Fußes besteht in der fast ausnahmslosen völligen Beherrschung der Blutung, — auch nur dann hat es den Zweck, wenn die Blutung gänzlich sistiert, Kochsalzinfusionen — oder Klysmen zu verabreichen, um die Kreißende sich erholen zu lassen und für den weiteren Verlauf und die Nachgeburtsperiode zu stärken. Nicht zu vergessen ist der moralische Effekt, den der Arzt in der Praxis draußen erringt, wenn er auf die am schnellsten mögliche

Weise das Blut zum Stehen bringt; ist doch der Anblick großer Mengen Blut am meisten geeignet, den Laien zu verwirren und seine Sorge um das kindliche Leben völlig in den Hintergrund zu drängen. Denn das ist der Nachteil dieser Methode, das Leben der Mutter ist zwar weniger gefährdet, aber die Mortalität der Kinder ist sehr hoch. Von vielen wird das Leben der Kinder in der mit Placenta praevia komplizierten Geburt nicht so hoch eingeschätzt, weil es sich doch sehr oft um frühreife, nicht lebensfähige Früchte handelt oder nur schwächliche, kaum lebenskräftige Kinder zu erwarten sind.

Auf die 10 Todesfälle, die ich unter meinen 118 Geburten zu verzeichnen habe, sind vier, die nach dieser Methode behandelt worden sind; das ergibt einen Prozentsatz von 6,45% mütterlicher Mortalität bei dem Verfahren nach Braxton-Hicks; rechnen wir nun Wendungen überhaupt, so erniedrigt sich diese Zahl auf 5,48%.

Tote Kinder sind 42 auf 62 nach Braxton-Hicks gleich 67,74%. Große geburtshülfliche Schulen wie Olshausen und Zweifel treten für die Methode nach Braxton-Hicks als Therapie der Wahl ein.

Im Anschluß hieran möchte ich den in Nr. V meiner Krankenberichte gemachten Eingriff erwähnen, das Accouchement forcé, eine Abart der Wendung, für die in allerneuster Zeit in einer der letzten Nummern der Berliner klinischen Wochenschrift Veit (21) eine Lanze bricht. Er stellt die Anforderung und hält es

für gut durchführbar, daß die Ärzte in der Technik der Naht, besonders der Cervixnaht, vollkommen ausgebildet werden müßten, da jede Geburt durch forzierte Wendung rasch beendet werden könnte, und der Blutverlust in der kurzen Spanne Zeit nicht so wesentlich sei; nur müsse die Technik beherrscht werden; er stellt seine Ansicht am Schlusse seiner Abhandlung fest:

„Therapie bei totem oder unreifen Kind: Wendung nach Braxton-Hicks und Abwarten.

Therapie bei Placenta praevia lateralis, marginalis und bei tiefem Sitz:

a) Schädellage — Blasensprung;

b) bei allen anderen Lagen — Metreuryse für etwa 8 Stunden, dann Wendung und Extraktion mit Nahtvorbereitung.

Therapie der Placenta praevia centralis:

Entweder Accouchement forcé und Nahtvorbereitung, eventuell vorausgeschickte Kolpeuryse für einige Stunden oder Hysterotomia anterior mit sofortiger Entbindung.

Wer die genannten Voraussetzungen nicht oder nicht mehr erfüllt, für den ist sein Handeln sehr einfach, er tamponiere die Scheide mit Gaze oder Kolpeurynter — und bringe die Kreißende möglichst bald in eine Klinik.“

Von anderen angewandten Heilverfahren ist noch zu nennen die Extraktion am Fuß bei Beckenendlage, die ich in sieben Fällen angewandt fand. Die Applikation der Zange ist dreimal ausgeführt worden; es

ist wohl selbstverständlich, daß sie nur in den seltensten Fällen unter ganz günstigen Umständen, wenn alle Vorbedingungen erfüllt sind, in Frage kommt.

Noch seltener ist wohl die Erweiterung des Muttermundes nach Bossi; aber ich muß sie erwähnen, denn in einem Fall ist auf diese Weise dilatiert worden. In der Literatur findet man eine Arbeit von de Paoli [Genua], Assistenten von Bossi; er berichtet von 19 Fällen von Placenta praevia, die nach Bossi behandelt worden sind. Die Fälle erforderten schnellstes Eingreifen und in 5 bis 25 Minuten war stets die Erweiterung erreicht. Von 19 Müttern starb 1, von den Kindern 3. Wochenbett regelmäßig.

„Die Methode hat demnach als einzigen Zweck die Vorbereitung des Collums zur Extraktion des Fötus, und wenn ihrer erwähnt ist, ist absolut darunter zu verstehen, daß ihr die sofortige Extraktion des Fötus oder die Wendung zu folgen haben."

Trotz dieser günstigen Resultate dürfte die italienische Schule Bossis in Deutschland wenig Anhänger finden.

Es erübrigt nun noch die Frage zu erörtern, die gerade in jüngster Zeit zur brennendsten geworden ist:

Kommt die Sectio caesarea in irgend einer ihrer Modifikationen therapeutisch in Frage und soll der praktische Arzt seine Patientin mit Placenta praevia der Behandlung einer Klinik überweisen, wie es bei engem Becken oder Eklampsie zu sein pflegt? Ehe

ich auf die Beantwortung dieser Frage eingehe, schicke ich erst die Krankengeschichte der beiden Fälle von Placenta praevia, die in der Rostocker Universitäts-frauenklinik durch Sectio caesarea vaginalis entbunden worden sind, voraus:

Fall I *).

Frau L. V., 22 Jahre alt, I. para; anamnestisch: Nachdem schon vor 14 Tagen geringere Blutung erfolgt war, verlor Patientin während der Nacht vom 24. auf 25. Juni größere Mengen Blut (ca. einen halben Nachttopf voll). Zugleich spürte sie in derselben Nacht Wehen. Der gestern zugezogene Arzt empfahl Aufnahme in hiesige Klinik und macht heute mittag, bevor Patientin die Reise hierher antrat, prophylaktisch eine Tamponade. Obgleich Patientin hier noch drei Treppen gestiegen ist, zeigt sich bei der Entfernung der Tamponade, daß keine Blutung wieder erfolgt ist.

Später ergänzte Patientin ihre Angaben dahin, daß die erste Blutung am 14. VI. eingetreten sei, — gering — zweite Blutung am 18.—19. VI., von da ab öfters minimale Blutungen, dritte Blutung (stark) am 24. bis 25. VI., vierte Blutung 28.—29. VI.

Status praesens: Über dem vorderen Scheidengewölbe dicke succulente Masse (placenta?).

Bei der Aufnahme entspricht der Uterus IX ^{b}, sehr stark dreieckig, nach unten hin nicht auffallend verbreitert. Doch wie bei späteren Wehen zu konstatieren war, wölbte sich an der vorderen Wand eine zwei Handflächen große Partie leicht vor, während der

*) Büttner (6) (bereits publiziert).

übrige Uterus feste Kontraktion zeigt. Hieraus ist wohl zu entnehmen, daß die Placenta vorn unten sitzt. Damit steht im Einklang, daß bei der inneren Untersuchung im vorderen Scheidengewölbe das Gefühl einer dicken succulenten Masse entsteht, während der vorliegende Teil nicht durchfühlbar ist. In Erwägung, daß eine fortdauernde Schwangerschaft bis zum normalen Ende sehr unwahrscheinlich, daß ferner eine Behandlung mit Tamponade doch erst vorgenommen werden kann, wenn eine Blutung kommt, und weiterhin diese Tamponade den Geburtsverlauf möglicherweise nicht möglichst beschleunigen würde, wird beschlossen, die Frau bei der ersten nennenswerten Blutung durch Sectio caesarea vaginalis zu entbinden. Diese Wahl wird auch noch beeinflußt durch den dringenden Wunsch der Patientin, ein lebendes Kind zu haben. Als am 29. VI. um Mittagszeit eine etwas stärkere Blutung beginnt (Wehen bereits seit morgens), kommt die Operation um 2 Uhr nachmittags zur Ausführung. Die Portio ist mittlerweile verstrichen, der äußere Muttermund für einen Finger durchgängig, der Rand aber noch ziemlich dick. Der Finger kommt in eine Höhle, die mit Koagulis erfüllt ist. Noch höher fühlt man Placenta. Von Blase nichts, ebenso wenig vom vorliegenden Teil. Mit Collins wird die vordere Portiolippe angehakt, median gespalten. Anscheinend ohne Eröffnung des Peritoneums gelingt es, die Öffnung so weit zu bekommen, daß die Hand gerade durchkommt. Jetzt Eingehen der linken Hand (Rücken war links), die sofort auf die Placenta stößt. Beim

weiteren Eingehen scheint die Hand sich zwischen Uteruswand und Placenta zu befinden, kommt erst hoch oben im Corpus auf Amnionblase. Rechts oben im Fundus der Steiß, es wird sofort das vordere Bein gefaßt und heruntergezogen. Extraktion leicht bis zum Schulterblatt, Armlösung einfach, Kopfentwicklung durch Veit-Smellie schwierig, nicht durch den Uterusschnitt, sondern den engen Introitus. Er wird nach längerer Mühe, nach rechtsseitiger Episiotomie herausgehoben. Kind atmet bald ohne Trachealkatheter und Schwingen. Keine Blutung. Placenta erscheint spontan nach Austritt des Kindes. Eihäute werden in zwei großen Lappen nachgezogen. Zu der Entwicklung des Kopfes waren Collins abgenommen, da sie störten. Jetzt Aufsuchen des nicht blutenden oberen Schnittwinkels, Vernähung der gesamten Uterusschnittwunde mit Katgutknopfnähten. Hierbei wird auch etwas Gewebe mit Katgut zusammengerafft, das vielleicht Peritoneum sein kann. Verschluß der Scheidenwunde mit Silkwormknopfnähten, desgleichen der Episiotomiewunde. Es erweist sich die Placenta als ausgesprochene marginata, deren unterer extramarginaler Teil den inneren Muttermund offenbar überlagert hatte. Die Insertion der Nabelschnur ist 6 cm vom unteren Rande an der rechten Kante der Placenta. Wenn Metreuryse gewählt worden wäre, so wäre möglicherweise die Nabelschnur durch Metreurynter komprimiert worden. Dauer der Operation eine Stunde, bis zur völligen Entwicklung des Kindes 15 Minuten. Kind männlich, 47 cm, lebt. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall II.

Frau K. H., 33 Jahre alt, VI. para, vorherige Geburten zwei ausgetragen, davon die erste Forceps, zweite Zwillinge spontan, 3mal Fehlgeburt, davon 2 Auskratzungen, 1mal spontan. Dorsoanteriore Querlage, Herztöne deutlich, Geburtswege normal, vorliegender Teil Placenta. Kreißende blutet seit 5 Wochen in Pausen von 5—6 Tagen mäßig. Heute stärkere Blutung, die bei Bettruhe stand. Nachmittags setzte die Blutung wieder ein, wurde gegen Abend stärker, ohne daß Wehen gefühlt werden. Der hinzugezogene Arzt tamponierte und lieferte die Kreißende um 9 Uhr ein.

Untersuchung ergibt: Fundus 2 Querfinger vom Rippenbogen, Kind in dorsoanteriorer, II. Querlage, Herztöne in Ordnung, sehr selten Wehen.

Nach gründlicher Desinfektion Entfernung der Tamponade und Scheidendesinfektion.

Exploration: Portio hoch und wenig hinter Mitte, einen halben Zentimeter geöffnet, großes Kanalis Kolli bequem für einen Finger noch 3—4 cm lang, der supravaginale Teil sehr rigide, über dem Os internum Placentargewebe. Beendigung der Geburt durch Hysterotomia anterior. Narkose 15 g Chloroform. Gesamtdauer $1^1/_4$ Stunde. Collumgewebe sehr morsch, läßt sich schwer herabziehen, Wintersche Zangen reißen wiederholt ab. Schnitt geht etwas nach links. Länge des Schnitts ca. 7 cm. Die eingehende Hand (rechte) durchbohrt das vorliegende Placentargewebe, faßt den linken Fuß und führt ihn herab. Kopflösung

etwas schwierig. Kind leicht asphyktisch. Nach einmaligem Credé, der mißlingt, wegen starker Blutung 5 Minuten später Lösung und Revision. Naht der Collumwunde wegen der defekten Wundränder schwierig. Peritoneum nicht eröffnet. Tamponade des retrovesikalen Raums. Gesamtblutverlust ziemlich groß. Zweimal Ergotin (2 Spritzen während der Extraktion). Nach Beendigung der Operation Kochsalzinfusion von 1000 ccm, wiederholt Äther subkutan wegen bedrohlicher Anämie. Kind männlich, schreit nach 2 Minuten auf Hautreize. Vom vierten Wochenbettstage ab infolge Bronchiektasien mit bronchopneumonischen Herden intermittierendes Fieber bis 39,9°. Heilung der Vaginalwunde reaktionslos; Uterus gut zurückgebildet, frei beweglich in anteversio. Parametrien frei. Patientin wird auf ihren Wunsch entlassen.

In folgendem möchte ich zu den betreffs der Behandlung der Placenta praevia schwebenden Streitfragen Stellung nehmen. Voran möchte ich den Satz stellen: Im Prinzip ist eine Placenta praevia klinischer Behandlung zuzuführen.

Erwiesen ist, daß die große Mehrzahl der Todesfälle bei Placenta praevia auf Verblutung zurückzuführen ist. Die Frauen, welche den Verblutungstod sterben, fallen aber sicherlich zum großen Teil nicht nur der letzten Blutung bei der Entbindung zum Opfer. Diese Blutungen führen nur deswegen zur Katastrophe, weil die Frauen infolge der vorangegangenen Blutungen bereits mehr oder weniger anämisch in die

Geburt eintreten. Es müssen also in erster Linie die wiederholten Schwangerschaftsblutungen vermieden oder auf ein möglichst geringes Maß reduziert werden. Wenn die Hebammen pflichtgemäß bei jeder Schwangerschaftsblutung den Arzt zu Rate ziehen, wenn dieser, dessen eingedenk, daß die nächste Blutung jederzeit eintreten und schwer, ja tötlich sein kann, sofort geeignete Maßnahmen zur Verhütung weiterer Schädigungen der Frau trifft, so wird unbedingt eine Reduktion der Praeviamortalität erzielt werden.

Die vom Arzte zu treffenden Maßnahmen können bestehen in der Herbeiführung der Geburt oder in der Inanspruchnahme des Schutzes einer Klinik. Ein Drittes gibt es nicht — speziell ist die Tamponade oder Kolpeuryse bis zum Aufhören der Schwangerschaftsblutung bei gleichzeitiger Absicht weiteren exspektativen Verhaltens zu verwerfen. — Maßnahmen zur Herbeiführung der Geburt sind aber für die Fälle, in welchen der Halskanal noch geschlossen und unverkürzt ist, in der Praxis dringend zu widerraten. Ganz abgesehen von der Schwierigkeit, im Privathause von Anfang bis zu Ende der langen Entbindungsdauer die Asepsis zu wahren, ist der Praktiker meist einfach außer Stande, dem Falle seine ganze Kraft und Zeit zu widmen. Um Fälle mit fehlender oder nur sehr geringer Präparation des Cervix wird es sich aber meist handeln, wenn der Arzt Gelegenheit hat, Frauen mit Placenta praevia bei der ersten Blutung zu sehen.

Es ist gewiß nicht zu leugnen, daß der Rat des Arztes zur klinischen Behandlung vielfach auf Widerspruch seitens der Kranken oder deren Angehörigen stoßen wird. Indeß ist die Furcht vor dem Krankenhaus zweifellos im Abnehmen begriffen, und zudem kommt sehr viel darauf an, in welcher Weise der Arzt die Notwendigkeit der klinischen Behandlung betont. Geschieht dies, getragen von der Überzeugung, daß mit der klinischen Behandlung Gefahren vermieden werden, die im Privathause sich verderbenbringend gestalten können, so wird in den meisten Fällen der Widerspruch verstummen. — Wenn es gelungen ist, den Kliniken Eklampsiefälle sowie enge Becken weit reichlicher zuzuführen, so sollte dasselbe auch bei der Placenta praevia möglich sein.

Was soll nun in der Klinik mit den Praeviakranken geschehen? Es ist natürlich unmöglich, heute, wo wir doch erst im Anfange der diesbezüglichen Diskussion stehen, etwas Abschließendes zu sagen, immerhin lassen sich wohl gewisse Richtungslinien festlegen. Die Forderung Sellheims, daß die Distraktion des die Placenta bergenden unteren Uterusabschnittes grundsätzlich vermieden werden müsse, die Entbindung also mit Umgehung des natürlichen Weges zu gestalten sei, diese Forderung bedeutet einen Schematismus, der angesichts der großen Verschiedenartigkeit der Praeviafälle unmöglich angebracht sein kann. Daß für manche Fälle der ventrale Kaiserschnitt auch für die Mutter die zweckmäßigste Entbindungsmethode darstellen kann,

ist gewiß nicht zu leugnen. Diese Fälle, die zum mindesten zur Voraussetzung haben müßten: Placenta praevia centralis, lebendes und sicher lebensfähiges Kind, aseptischer Geburtskanal — sind aber im klinischen Praeviamaterial vorläufig nur in der Minderzahl vertreten. Für die Mehrzahl der Fälle aber wäre es falsch, das bisherige therapeutische Rüstzeug über Bord zu werfen. So ist die Blasensprengung in geeigneten Fällen beizubehalten, ebenso die Braxton-Hicks'sche Wendung bei nicht lebensfähigem oder totem Kinde, während bei lebendem oder lebensfähigem Kinde die intraamniale Metreuryse am Platze ist. Zweifellos wird letztere berufen sein, in der klinischen Behandlung der Placenta praevia einen breiten Raum einzunehmen.

Was nun die außerklinische Behandlung anbetrifft, so wurde schon darauf hingewiesen, daß in erster Linie mit den bisher häufig geübten Verfahren, die Praeviakranke nach Aufhören einer Schwangerschaftsblutung im Hause exspektativ weiter zu behandeln, gebrochen werden muß. Durch Überweisung solcher Frühfälle an eine Klinik würde sich das wirklich im Hause zu behandelnde Praeviamaterial auf Fälle reduzieren, die schon eine gewisse Vorbereitung des Cervikalkanals zeigen. Hier wird zwar voraussichtlich die bisher dominierende Methode der frühzeitigen Wendung nach Braxton-Hicks auch in der nächsten Zeit noch vorwiegend geübt werden, doch ist mit Sicherheit zu erwarten, daß die Metreuryse, welcher nach den Erfahrungen namentlich der Breslauer Klinik

und Poliklinik auch für außerklinische Verhältnisse unbedingt das Bürgerrecht zusteht, bald weiteren Eingang in die Praxis finden wird. Das von Veit neuerdings wieder empfohlene Accouchement forcé dürfte aber auch fernerhin in der Praxis streng zu vermeiden sein, weil die Nahtversorgung blutender Cervixrisse zu den schwierigsten, ja oft unausführbaren operativen Eingriffen in der Praxis gehört.

Am Schluß meiner Arbeit unterziehe ich mich der angenehmen Pflicht, Herrn Professor Dr. Sarwey für die Überlassung des Materials und Herrn Professor Dr. Büttner für die Anregung zu dieser Arbeit sowie Rat bei Ausführung ergebenst zu danken.

Verzeichnis der benutzten Literatur.

1. *Beckmann:* Zur Statistik der Therapie der Pl. pr., Diss. Leipzig 1902.
2. *Blumreich:* Zur Reform der Pl. pr. Therapie, Berl. Klin. Wochenschr. 1909, Nr. 9.
3. *Bokelmann:* Klin. und private Geburtshülfe, Berl. Klin. Wochenschr. 1909, Nr. 1.
4. *Bumm:* Lehrbuch der Geburtshülfe 1903.
5. *Buerger u. Graf:* Zur Statistik der Pl. pr., Monatszeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie, Bd. 25.
6. *Büttner:* Beitrag zur Kasuistik d. vaginal. Kaiserschnittes b. Eklampsie, Pl. pr. und Carcinom des schwangeren Uterus. Hegars Beiträge zur Geburtshülfe, Bd. 11, Heft 3, 1906.
7. *ders.:* Mecklenburg-Schwerins Geburtshülfe im Jahre 1904. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkologie, Bd. 61.
8. *Füth:* Zur Behandlung der Pl. pr.
9. *ders.:* Zur Behandlung der Pl. pr. in der allgemeinen Praxis. Zentralblatt f. Gynäkologie 1896 u. 1907.
10. *Hannes:* Placenta praevia: Hystereuryse oder Braxton-Hicks? Zentralbl. f. Gynäkologie 1908, p. 1382.
11. *ders.:* Was leistet die moderne Therapie bei der Pl. pr., Zentralbl. f. Gynäkologie 1909, p. 73.
12. *Henkel:* Therapie d. Pl. pr., Arch. f. Gynäkologie 1908, Bd. 86.
13. *Krönig:* Zur Behandlung der Pl. pr., Zentralbl. f. Gynäkologie 1908, p. 1477.

14. *Krönig:* Die Klinik der Pl. pr. 1909, p. 505.
15. *Matz:* Zur Lehre von der Pl. pr., Diss. Rostock 1905.
16. *Martin:* Offener Brief, Monatszeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie, Bd. 28.
17. *Mende:* Zur Behandlung der vorliegenden Nachgeburt mit Zugrundelegung des Materials des Kreises Waldenburg nach den Hebammenberichten aus den Jahren 1894 bis 1899. Therapeutische Monatshefte 1901, Juli.
18. *Richter:* Zur Therapie u. Prognose der Pl. pr., Zentralblatt f. Gynäkologie 1909, p. 759.
19. *Sellheim:* Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Pl. pr. u. ihre Verminderung durch den extraperitonalen Uterusschnitt. Zentralbl. f. Gynäkologie 1908, p. 1297.
20. *Sonnenfeld:* Klinische Erfahrungen bei Pl. pr. mit besonderer Berücksichtigung des späteren Befindens der Pat. Monatszeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie, Bd. 20, p. 1096.
21. *Veit:* Über Placenta praevia-Behandlung. Berliner Klinische Wochenschr. 1909, Nr. 47.
22. *Zimmermann:* Zur Diskussion über die Therapie der Pl. pr., Zentralbl. f. Gynäkologie 1909, p. 340.
23. *Zweifel:* Über Gefahren u. Behandlung der Pl. pr. Münchn. med. Wochenschr. 1907, Nr. 48.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit Johann Lefebre, Sohn des Versicherungsdirektors Jean Baptiste Lefebre, wurde am 11. April 1879 in Berlin geboren. Er besuchte das Gymnasium zu Rostock, welches er mit dem Zeugnis der Reife Ostern 1900 verließ. Im ersten Semester studierte er in Leipzig Medizin, dann zwei Semester ebendort Philologie, in den nächsten beiden Semestern diente er als Jurist in Rostock sein Militärjahr ab. Er war dann als stud. med. je zwei Semester in Leipzig und Rostock, wo er am Ende des fünften medizinischen Semesters die ärztliche Vorprüfung bestand. Sämtliche klinische Semester war er an der Berliner Universität immatrikuliert, wo er auch 1907 das Staatsexamen machte. Während des praktischen Jahres war er sieben Monate an der Kgl. Charité, drei davon bei Geheimrat Heubner, Kinderpoliklinik, und vier bei Geheimrat Krauß, zweite innere medizinische Poliklinik. Den Rest von fünf Monaten an der Finsenklinik zu Berlin (Haut- und Geschlechtskrankheiten, Lichttherapie) tätig. Approbation erhielt er am 1. Januar 1909. Während dieses Jahres vertrat er praktische Ärzte in Berlin, Bremen, Düsseldorf, Eller-Düsseldorf, Bingen a. Rh., Thüringen und in der Mark.